



CHILDREN'S ADMINISTRATION  
DIVISION OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

**PLAN INICIAL DE APTITUDES PARA UNA VIDA INDEPENDIENTE**  
INITIAL INDEPENDENT LIVING SKILLS PLAN

FECHA DE ADMISIÓN:		NÚMERO DE CASO DE DCFS:		FECHA EN QUE SE ENVÍA EL FORMULARIO A DCFS:	
<b>Para ser completado en consulta con el/la joven y el Inventario de Aptitudes de Vida (DSHS 10-267)</b>					
NOMBRE DEL/DE LA JOVEN:				FECHA DE NACIMIENTO:	
ARREGLOS DE VIVIENDA DEL/DE LA JOVEN EN EL MOMENTO DE SU ADMISIÓN:					
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO <b>WA</b>	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (Incluyendo código regional):	
TRABAJADOR(A) SOCIAL DE DCFS:			TELÉFONO (Incluyendo código regional):		
<b>ÁREAS DE APTITUDES PARA UNA VIDA INDEPENDIENTE</b>					
<b>1. Logro de Metas Educativas</b>					
H. Planificación Educativa			FECHA:	NIVEL DE APTITUD:	
METAS:					
PLAN:					
TIEMPO DE PLAZO:			AYUDANTE:		
<b>2. Mantenimiento de Ingresos</b>					
A. Administración de dinero/Conciencia como consumidor			FECHA:	NIVEL DE APTITUD:	
METAS:					
PLAN:					
TIEMPO DE PLAZO:			AYUDANTE:		
<b>3. Logro de Metas Vocacionales</b>					
I. Aptitudes para buscar empleo			FECHA:	NIVEL DE APTITUD:	
J. Aptitudes para conservar un empleo			FECHA:	NIVEL DE APTITUD:	
METAS:					

**3. Logro de Metas Vocacionales (continuación)**

PLAN:

TIEMPO DE PLAZO:

AYUDANTE:

**4. Aptitudes para vivienda**

E. Administración doméstica

FECHA:

NIVEL DE APTITUD:

F. Vivienda

FECHA:

NIVEL DE APTITUD:

METAS:

PLAN:

TIEMPO DE PLAZO:

AYUDANTE:

**5. Aptitudes para la vida cotidiana**

B. Administración de Alimentos

FECHA:

NIVEL DE APTITUD:

C. Apariencia personal e higiene

FECHA:

NIVEL DE APTITUD:

D. Salud

FECHA:

NIVEL DE APTITUD:

G. Transporte

FECHA:

NIVEL DE APTITUD:

K. Aptitudes de emergencia y seguridad

FECHA:

NIVEL DE APTITUD:

L. Conocimiento de recursos comunitarios

FECHA:

NIVEL DE APTITUD:

N. Aptitudes jurídicas

FECHA:

NIVEL DE APTITUD:

METAS:

PLAN:

TIEMPO DE PLAZO:

AYUDANTE:

**6. Aptitudes interpersonales**

M. Aptitudes interpersonales	FECHA:	NIVEL DE APTITUD:
O. Prevención de embarazo/Aptitudes maternas	FECHA:	NIVEL DE APTITUD:

METAS:

PLAN:

TIEMPO DE PLAZO: AYUDANTE:

**COMENTARIOS****FIRMA**

FIRMA DEL/DE LA JOVEN:	AYUDANTE:
FIRMA DEL MIEMBRO DEL PERSONAL:	AYUDANTE: